**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**REGISTRO DE PROJETOS DE ENSINO E/OU LIGAS**



| 1-Título:  |
| --- |
| 2- Curso: Curso ao qual o projeto estará vinculado |
| 3- Coordenador(a)**:**  | 4- Fone:  | 5- E-mail: |
| 4- Fanpages: |  |  |



| 6- Resumo: |
| --- |
| 7- Equipe (Nome/Matrícula/Função/Curso):  | 8 - Semestre de Abertura: |
| 9- Parceiros: |



| 10 – Como coordenador me comprometo a anualmente realizar relatório das atividades realizadas no projeto de ensino descrito, bem como renovar o Projeto a cada 5 anos. Autorizo ainda a publicação das informações do projeto de ensino nas páginas do CCS |
| --- |
|  | Data: / / Assinatura/carimbo: |



| **Parecer e Aprovação Coordenação de Curso:**  | Data: / / Assinatura/carimbo: |
| --- | --- |